

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1935

THÈSE

N° 624

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Diplôme d'Etat

PAR

René CORMELIÉ

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris
né le 20 mai 1910, à Jonzac (Charente-Inf.)

Les Hémolymphangiomes tubéreux du Cuir chevelu

Travail du service de M. le Professeur Agrégé SÉZARY

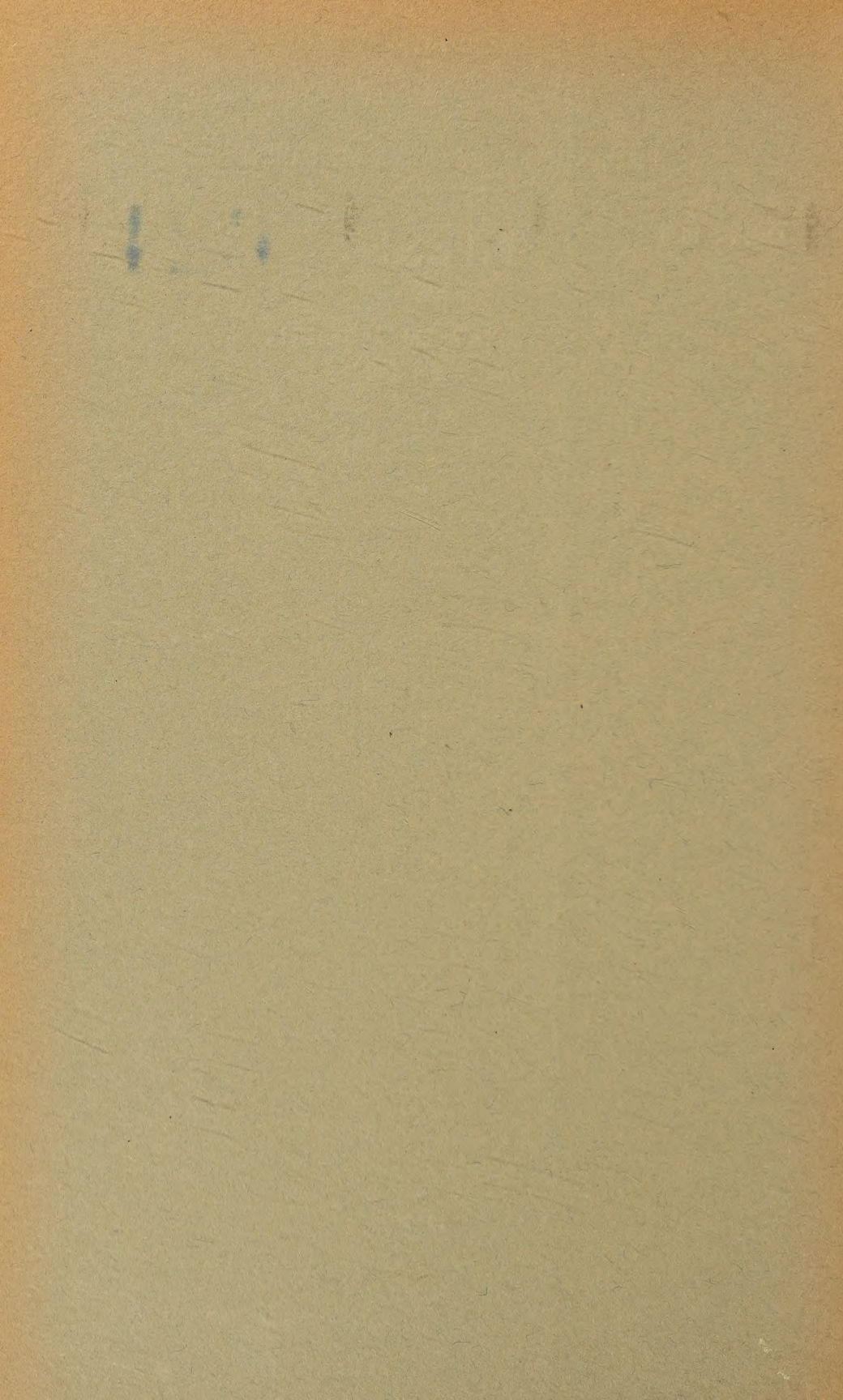
PRÉSIDENT DE THÈSE : M. GOUGEROT, PROFESSEUR

PARIS

E. LE FRANÇOIS, EDITEUR

91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

1935



**Les Hémolymphangiomes tubéreux
du Cuir chevelu**



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1935

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Diplôme d'Etat

PAR

René CORMELIÉ

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

né le 20 mai 1910, à Jonzac (Charente-Inf.)

Les Hémolymphangiomes tubéreux du Cuir chevelu

Travail du service de M. le Professeur Agrégé SÉZARY

PRÉSIDENT DE THÈSE : M. GOUGEROT, PROFESSEUR

PARIS

E. LE FRANÇOIS, EDITEUR

91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

1935

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS

DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

MM.		MM.	
ABRAMI	Clinique médicale.	BASSET	Clinique chirurgicale.
ALAJOUANINE.		BROcq	
AUBERTIN ..		CADENAT ...	
BRULÉ		GATELLIER ..	
CHABROL ...		HEITZ-BOYER.	
CHIRAY		MOURE	
DONZELOT ..		QUENU	
DUVOIR		SCHWARTZ ..	
LIAN		VELTER	
PASTEUR- VALLERY- RADOT			
SÉZARY			
		ECALLE	Clinique obstétricale.
		GUÉNIOT ...	
		LE LORIER ..	
		LÉVY-SOLAL ..	
		METZGER ...	

V. — CHARGES DE COURS

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé.	Education physique.
FREY.	Stomatologie.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
WEY-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MÈRE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR GOUGEROT,

*Professeur de clinique des maladies cutanées et syphilitiques
à la Faculté de Médecine de Paris,
Médecin de l'Hôpital Saint-Louis,
Chevalier de la Légion d'Honneur,*

qui nous a fait le grand
honneur d'accepter la
présidence de notre
jury, de thèse, avec nos
respectueux remercie-
ments.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ SÉZARY,

*Médecin de l'Hôpital Saint-Louis,
Officier de la Légion d'Honneur*

qui nous a inspiré le su-
jet de cette thèse et
nous a guidé de ses
conseils et de ses en-
seignements, avec notre
respectueuse gratitude.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX :

MONSIEUR LE DOCTEUR GUILLEMOT,

Médecin de l'Hôpital Bretonneau

en témoignage de reconnaissance et d'affection.

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ

PASTEUR VALLERY-RADOT,

Médecin des Hôpitaux

MONSIEUR LE DOCTEUR FREDET,

Chirurgien des Hôpitaux

MONSIEUR LE DOCTEUR LAEDERICH,

Médecin des Hôpitaux

MONSIEUR LE DOCTEUR CHIRIÉ,

Accoucheur des Hôpitaux

MONSIEUR LE DOCTEUR F. RAMOND,

Médecin des Hôpitaux

INTRODUCTION

Nous avons eu l'occasion d'observer, au mois de mai 1934, dans le service de notre Maître, M. le Professeur Agrégé SÉZARY, à l'Hôpital Saint-Louis, une petite tumeur du cuir chevelu devant laquelle on était enclin, étant donnée la très grande similitude d'aspect qu'elle présentait avec d'autres cas précédemment observés par M. SÉZARY, à poser le diagnostic de lymphangiome ou mieux d'hémolymphangiome tubéreux.

Mais, à l'examen histologique, on avait la surprise de constater, au lieu des néoformations vasculaires lymphatiques et sanguines attendues, des lésions d'épithélioma baso-cellulaire.

Cependant, l'apparence extérieure de cette tumeur, en tous points semblable à l'aspect de ces petites lésions hémolymphangiomateuses du cuir chevelu, nous a incité à chercher à préciser la nature exacte de ces dysplasies bénignes qui représentent une forme assez particulière et peu connue du groupe des tumeurs développées aux dépens des systèmes capillaires lymphatique et sanguin.

Ces hémolymphangiomes tubéreux sont rattachables au groupe assez varié des malformations circonscrites d'origine congénitale que l'on peut trouver sur le cuir chevelu.

En dehors des néoplasies malignes — sarcomes, angiosarcomes, épithéliomas — dont l'observation qui est à l'origine de ce travail montre un exemple où le diagnostic ne fut fait qu'à l'examen histologique, on trouve à ce niveau diverses tumeurs bénignes. Les plus fréquentes sont les loupes, kystes sébacéo-épidermiques qu'il serait logique de nommer, avec Darier : naevi adénomateux folliculaires kystiques. On rencontre également des adénomes sébacés, des naevi pigmentaires, des plaques de leucotrichie, des naevi hypertrophiques, auxquels se rattache la pachydermie vorticellée, affection spéciale au cuir chevelu et qui est un naevofibrome. On peut y trouver enfin différentes sortes de naevi vasculaires : angiomes plans ou tubéreux qui se rencontrent assez fréquemment en cette zone des téguments (10 % des angiomes, d'après Kramer, y sont localisés), fibro-angiomes (Reder).

Le lymphangiome y est moins fréquent que l'angiome. L'aspect clinique qu'il prend sur le cuir chevelu est le plus souvent la forme tubéreuse que nous allons décrire. Il constitue cependant sous cette forme une tumeur plus fréquente que ne laisserait croire la rareté des observations publiées.

Sa structure ne la sépare pas du groupe des lymphangiomes en général, et les conclusions des travaux

effectués sur ces malformations au point de vue histologique et pathogénique restent vraies pour elle.

Nous commencerons donc par donner un aperçu des recherches qui ont été faites depuis quelques décades sur les lymphangiomes.

Puis, après avoir rapporté quelques observations de lymphangiomes tubéreux du cuir chevelu, nous essaierons d'en tracer un tableau clinique.

Nous donnerons ensuite une description histologique des lésions qu'on y rencontre; puis nous parlerons du diagnostic de cette affection, tel qu'il s'est présenté surtout dans le cas auquel nous faisons allusion plus haut.

Enfin, nous terminerons par quelques considérations sur la pathogénie de ces tumeurs, suivies d'un bref aperçu sur la thérapeutique qu'il convient de leur appliquer.

HISTORIQUE

ET GÉNÉRALITÉS SUR LES LYMPHANGIOMES

Les premiers travaux sur le lymphangiome sont encore de date assez récente. Ainsi Virchow, en 1867, pouvait parler du « domaine mal connu des tumeurs des voies lymphatiques ». Et, bien que manquant un peu d'éléments d'observation, il tentait une systématisation des tumeurs vasculaires lymphatiques. Il faisait, dans ce travail, une remarque d'un certain intérêt au point de vue pathogénique sur la localisation des lymphangiomes fissuraux dans le domaine des fentes fœtales.

Mais la première description clinique d'un lymphangiome circonscrit de la peau, dont les cas que nous envisageons ne sont qu'un aspect particulier, fut donnée en 1879, par deux auteurs anglais, Tilbury Fox et Colcott Fox, sous le nom de « lymphangiectodes ».

L'année suivante, Hutchinson publiait deux observations analogues.

En 1883, le premier cas observé en Allemagne est décrit par Köbner.

En 1889, Malcolm Morris est le premier à donner au cas qu'il publie l'étiquette de lymphangiome circonscrit. Il rapporte sous cette domination quatre cas de Radcliffe Crocker et Hayes, et de Walsham.

Les différentes publications qui suivent ne font que compliquer la question des lymphangiomes. Car le petit nombre des cas publiés, la difficulté d'interprétation des préparations microscopiques et la nécessité d'établir une distinction parfois difficile entre les lymphangiomes et des affections très voisines, comme les lymphangiectasies et les hémangiomes, conduisent les auteurs à multiplier artificiellement les variétés de lymphangiomes.

Pourtant, en 1890, Finck Noyes et Török, à propos d'une observation personnelle, reprennent l'étude des cas antérieurs qu'ils rangent dans un même groupe sous le nom de lymphangiome capillaire variqueux de la peau, voulant les distinguer de lésions décrites par Kaposi, Pospelow et van Harlingen sous le nom de « lymphangioma tuberosum multiplex », et qui sont en réalité de petites tumeurs de nature toute différente, décrites par Darier sous le nom d'hydradenomes éruptifs.

En 1891, Smedt et Bock, dans la publication d'une observation nouvelle, mettent en doute la nature lymphatique de la malformation, et veulent trouver son origine dans le système vasculaire sanguin; ils lui donnent le nom d'« angiome kystique de la peau ».

Besnier, presque en même temps, aboutit à la mê-

me conclusion, s'appuyant sur des arguments d'ordre clinique et histologique. Il considère les cas anglais et allemands comme étant des pseudo-lymphangiomes et en fait des hémangiomes.

Török, en 1892, dans un travail du laboratoire d'Unna, réfute cette théorie que combat également Freudweiler.

En 1898, Brocq et Bernard, dans une remarquable étude écrite à propos d'un lymphangiome circonscrit de la langue, aboutissent aux mêmes conclusions que Török. Ils montrent que les aspects cliniques et histologiques sur lesquels se sont appuyés les défenseurs de la théorie angio-hématogène sont dus simplement à une participation du système sanguin dans une malformation essentiellement lymphatique. Pour tenir compte de cette participation, ils proposent le terme d'« hémato-lymphangiome ». Ils établissent également une discrimination entre les lymphangiomes et les lymphangiectasies, en se basant sur des arguments histologiques, cliniques et étiologiques, distinction justifiée, mais que ne font pas tous les auteurs, et que certains considèrent comme impossible.

Les travaux qui ont suivi se sont surtout attachés à préciser l'histologie des lymphangiomes, en particulier les travaux récents de Brünauer, Hudelo-Cailliau, Tryb. Ces recherches amènent à considérer les lymphangiomes comme un phénomène de prolifération de reliquats de tissu lymphoïde, en accord avec la théorie de Ribbert qui fait naître le processus tumoral de cellules embryonnaires détachées de leurs con-

nexions pendant la vie intra-utérine et qui, toutes, conjonctives et lymphatiques, participeraient au même titre à ce processus. Elles confirment les idées de Sick qui, reprenant la théorie de Ribbert, voit dans la formation de vrais follicules lymphatiques au sein des lymphangiomes la preuve de cette exclusion embryonnaire.

Ces divers travaux précisent également la participation du système vasculaire sanguin à l'hyperplasie et à la néoplasie tumorales. A ce point de vue, tandis qu'un certain nombre d'auteurs, comme nous l'avons vu, considéraient le système sanguin comme le point de départ du lymphangiome, un autre groupe, en particulier Unna et récemment Friedheim, estime au contraire qu'on ne peut guère attribuer aux vaisseaux sanguins un rôle actif dans le processus tumoral, et que la présence d'hématies dans les cavités s'explique uniquement par la rupture de capillaires sanguins dans les espaces lymphatiques. Mais un troisième groupe, en particulier les auteurs des travaux auxquels nous venons de faire allusion, montre la fréquence de la combinaison d'hémangione et de lymphangiome.

Considérant maintenant la classification des lymphangiomes, Wegner, en Allemagne et Chipault, en France, furent les premiers, après les essais déjà signalés de Virchow, à tenter d'en formuler une.

Wegner considère, du point de vue histologique, trois types de lymphangiomes : simple, caverneux et cystoïde. Mais il n'établit pas de délimitation avec la

lymphangiectasie qui serait d'ailleurs, pour Borst et Wortberg, à identifier avec le lymphangiome simple de sa classification.

Unna divise les lymphangiomes, d'après leur situation, en trois groupes, selon que les lésions atteignent le corps papillaire, l'hypoderme ou les vaisseaux lymphatiques sous-cutanés. Le lymphangiome du corps capillaire se divise, d'après lui, en 2 formes : une forme superficielle isolée ou forme circonscrite, et une forme superficielle reposant sur une base de lymphangiectasie profonde.

Ces deux classifications de Wegner et de Unna ont été le point de départ de diverses classifications manquant souvent plus ou moins de netteté.

En effet, comme le fait remarquer Kyrle dans son « histobiologie de la peau », tout ce qui cliniquement mérite le nom d'angiome ne peut pas toujours être placé sous la même étiquette pathogénique. « Pour les lymphangiomes, dit-il, en ce qui concerne le substratum anatomique, l'aspect est semblable à celui des tumeurs vasculaires sanguines. Ici aussi l'ectasie, l'hyperplasie, les formations naeviques et tumorales sont coexistentes et il est si difficile de faire, dans chaque cas particulier, la part de ce qui revient à l'une ou à l'autre qu'on ne peut guère l'entreprendre ». De plus, il est possible, et le fait a été constaté par Müller et Gans, de rencontrer dans la lymphangiectasie une hyperplasie secondaire.

Aussi, pour distinguer le lymphangiome de la lymphangiectasie, peut-on se placer, d'après Darier, à un

point de vue étiologique : lymphangiectasie, ectasie de vaisseaux lymphatiques d'origine traumatique ou inflammatoire, c'est-à-dire acquise; lymphangiome, hyperplasie et néoplasie de vaisseaux lymphatiques, avec ectasie, résultant d'une malformation congénitale.

Il ne faut pas, non plus, pour établir une classification des différentes formes de lymphangiomes, se placer uniquement au point de vue histologique. En effet, comme le fait remarquer Arzt au sujet de la classification de Wegner, il n'y a guère dans les divers aspects que peut montrer la structure des lymphangiomes que des différences de degré, c'est-à-dire de calibre des cavités lymphatiques néoformées ou ectasiées, où l'on peut voir tous les intermédiaires entre les formes extrêmes. Aussi vaut-il mieux, pour tenter de les classer, se placer à un point de vue plus clinique. Darier, partant de la classification de Unna, considère trois degrés : une forme superficielle, simple placard de vésicules lymphatiques plus ou moins agglomérées; une forme moyenne, dermo-hypodermique, dans laquelle les groupes de vésicules surmontent une tumeur de taille et de consistance variables; et une forme majeure, constituée par des masses profondes sans limites nettes, pouvant occuper toute une région.

Nous ferons rentrer l'hémolymphangiome tubéreux du cuir chevelu dans la forme superficielle, ce que justifie, comme nous le verrons, l'étude histolo-

gique des lésions réparties uniquement dans l'épaisseur du derme.

Nous allons tout d'abord rapporter trois observations de ces tumeurs, et nous essaierons ensuite d'en tirer une description clinique, tous les cas de cette affection étant absolument décalquables les uns sur les autres.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I. — SÉZARY ET BENOIST. *Société de Dermatologie et de Syphiligraphie*. Séance du 10 février 1927.

Le malade que nous vous présentons nous a consultés à l'Hôpital Broca en mai 1926, pour une tumeur de la région occipitale du cuir chevelu, dont le développement remonte à 6 ans.

En 1921, elle s'est aperçue par hasard, en se grattant la tête, qu'il existait dans cette région un petit nodule gros comme une lentille.

Pendant trois ans elle ne s'est plus occupée de cette lésion.

En 1926, après l'accouchement de son troisième enfant, elle a constaté, encore par hasard, que le nodule était devenu gros comme une amande.

Depuis cette époque, la tumeur a grossi progressivement, provoquant par moments un léger prurit.

A l'examen, nous constatons dans la région occipitale du cuir chevelu, à droite de la ligne médiane, la présence d'une tumeur assez volumineuse flanquée de 4 petites nodosités satellites développées dans son voisinage.

La tumeur principale fait une saillie d'environ un cm. sur le cuir chevelu. Ses contours sont réguliers;

sa forme, ovulaire. Elle mesure environ 4 cm. dans le sens transversal et 2 cm. et demi dans le sens vertical. Sa coloration est blanchâtre par places, rosée en d'autres endroits. Sa surface n'est pas régulière; elle est parcourue par plusieurs sillons assez larges et assez profonds, d'où résulte un aspect lobulé spécial; on pourrait même supposer, en raison de cette particularité que cette tumeur est formée par plusieurs nodules isolés, devenus coalescents. Les cheveux y sont rares: seuls sont conservés ceux qui naissent dans le fond des sillons. La palpation sur le plan osseux donne une sensation particulière, à la fois de résistance et d'élasticité, bien différente de celle que donne le cuir chevelu normal. A la palpation dans le sens transversal, on a l'impression d'une masse ferme, mais non dure. La tumeur est facilement mobilisable sur les plans sous-jacents. Elle est peu sensible à la piqure, et celle-ci ne détermine qu'un léger écoulement de sang, sans aucun suintement de sérosité.

Quatre autres petites tumeurs se trouvent autour de la principale. La plus grosse située au-dessus de cette dernière, a un diamètre de 1 cm. Les 3 autres, plus petites, se trouvent à 3 cm. au-dessus et en dedans de la lésion principale. Aucune de ces quatre petites tumeurs ne présente de sillons à sa surface. Chacune d'elles est rosée, arrondie et forme une légère saillie sur le cuir chevelu. A leur surface, les cheveux sont très rares.

Le reste du cuir chevelu est normal.

Notons enfin l'existence d'une adénopathie située en arrière du bord postérieur du sterno-cléido-mastoïdien, près de l'insertion occipitale de ce muscle, et constituée par 3 ganglions superposés, gros comme des billes, et non douloureux à la pression. En Mai,

il n'existait qu'un ganglion. En Janvier, l'adénopathie semblait un peu plus volumineuse qu'aujourd'hui.

Rien à signaler par ailleurs, si ce n'est quelques ganglions minuscules dans l'aisselle droite.

Nous avons demandé au laboratoire de nous éclairer sur la nature de ces tumeurs. Nous avons excisé en Mai la plus petite d'entre elles, et en avons fait l'examen histologique.

A un faible grossissement, on aperçoit :

1° Une gangue fibreuse formée de trousseaux conjonctifs s'entrecroisant entre eux ou disposés autour des vaisseaux.

2° Des lacunes vides de sang et limitées par un endothélium simple.

3° Des nodules constitués par des cellules rondes.

A un plus fort grossissement, on constate que les fibres conjonctives sont constituées par des éléments fibrillaires denses, avec des noyaux allongés relativement rares.

Les lacunes revêtues par un endothélium sont de dimensions variables. Les unes sont minuscules, d'autres ont la dimension d'un gros bourgeon épidermique interpapillaire. Certaines sont arrondies, d'autres forment des fentes allongées ou des sinus irréguliers. La plupart siègent dans la partie profonde du derme, mais on en trouve de petites jusque dans les papilles. Elles sont plus ou moins nombreuses selon les coupes examinées. Leur lumière est généralement libre de tout élément figuré. Quelques-unes contiennent de rares globules blancs. Dans aucune nous n'avons vu de globules rouges. La plupart sont logées dans une gangue fibreuse sans que celle-ci s'épaississe à leur contact. Cependant certaines sont entourées d'un anneau conjonctif. D'autres sont circonscrites par un infiltrat de cellules rondes. Quelques-unes ont une paroi

épaisse qui nous a paru formée de fibres lisses. Il s'agit, sans doute, de vaisseaux lymphatiques dilatés.

Les nodules de cellules rondes siègent les uns en plein tissu conjonctif, sans affecter de rapports avec les vaisseaux, les autres autour de ces derniers (vaisseaux sanguins ou cavités lymphatiques).

Il est à noter que quelques-uns seulement des vaisseaux sont entourés de ces cellules rondes. Cytologiquement, il s'agit d'éléments mononucléés, contenant les uns un noyau volumineux et clair, les autres un noyau plus petit et fortement teinté.

Nous n'avons vu ni polynucléaires, ni plasmocytes, ni cellules éosinophiles, ni cellules géantes, mais nous avons trouvé un certain nombre de mastzellen. Dans certains nodules on voit un fin reticulum de fibrilles isolées, rappelant celui qu'on observe à la périphérie des follicules lymphatiques ganglionnaires.

Signalons enfin que presque toutes les artérioles ont leurs parois épaissies, et que certaines d'entre elles sont oblitérées.

Les glandes sébacées ne sont pas altérées. Nous n'avons pas vu dans nos coupes de glandes sudoripares.

En somme, le diagnostic histologique, que M. Civatte a bien voulu confirmer est : fibro-lymphangiome.

OBSERVATION II. — SÉZARY ET HOROWITZ. — *Société de dermatologie et de syphiligraphie*. Séance du 9 novembre 1933.

E... Marianne, ménagère, âgée de 36 ans, nous consulte le 29 juin dernier pour de petits nodules survenus depuis un an dans la région fronto-temporale antérieure gauche de son cuir chevelu,

Le premier de ces nodules est apparu en peau saine il y a un an. Six autres ont fait éruption depuis, le dernier il y a cinq mois.

Le plus ancien, qui est le plus volumineux, a la dimension d'un demi-pois. Surélevé de deux millimètres environ, il est arrondi. Sa surface est régulière; sa couleur, rose terne, disparaît à la vitropression. Le signe caractéristique est donné par la palpation; on a l'impression d'une masse rénitente, séparée de l'épiderme par une petite épaisseur de tissu ferme. La lésion n'est pas douloureuse, mais elle est légèrement prurigineuse.

Les six autres tubérosités sont plus petites que la première. Elles ont les mêmes caractères qu'elle. Elles sont distribuées sans ordre sur le cuir chevelu, près de la lisière fronto-temporale, sensiblement au-dessous et en arrière du golfe frontal gauche.

Toutes les lésions sont en voie d'accroissement lent, mais progressif.

Rien à signaler dans l'état pathologique de la malade. La réaction de Wassermann est négative.

L'analogie avec le cas que nous avons observé précédemment nous fait porter le diagnostic d'hémolymphangiome. Cependant des doutes s'étant élevés autour de nous sur la nature des lésions que certains considéraient comme des naevo-carcinomes, nous avons fait pratiquer une biopsie au bistouri diathermique.

L'examen histologique (M. Lévy-Coblentz) montre qu'il s'agit bien d'un hémolymphangiome.

L'épiderme est distendu, les bourgeons interpapillaires sont effacés. Au milieu de la pièce, on note une petite zone de nécrose épidermique (ébauche d'une ulcération spontanée qui est fréquente dans ce genre de tumeurs). Le derme est occupé par des capillaires

tassés les uns contre les autres. Leur paroi est épaisse, leur endothélium turgescent. Dans la région du derme papillaire, les vaisseaux ont l'aspect de capillaires ectasiques, à paroi mince. Dans cette région, ils sont remplis d'hématies.

Par contre, la majorité des capillaires néoplasiques formant le gros de la tumeur a des lumières étroites, vides de tout contenu.

Le tissu conjonctif qui entoure ces formations vasculaires est infiltré par de très nombreux lymphocytes. En un point, à la périphérie de la tumeur, on voit un amas lymphoïde à structure folliculaire avec cellules géantes typiques. S'il n'y a pas de capsule véritable, on en vote cependant une ébauche sous forme de travées conjonctives tassées et condensées par l'expansion de la néoplasie.

Il s'agit donc d'un hémolymphangiome remarquable par l'abondance de l'infiltrat lymphoïde à structure folliculaire.

OBSERVATION III. — SÉZARY ET HOROWITZ. — *Société de dermatologie et de syphiligraphie*. Séance du 9 novembre 1933.

F... E., médecin, âgé d'environ 50 ans, consulte l'un de nous le 9 août 1933 pour une lésion nodulaire siégeant sur le cuir chevelu dans la région temporale gauche et datant de 6 ans.

Cette lésion est unique. Parfaitement indolore, elle a été découverte à son début par un coiffeur. Elle se trouve dans la région temporale gauche, à deux travers de doigt au-dessus de l'oreille. Son volume est celui d'un gros noyau de cerise. Elle a progressivement grossi pendant 6 ans, mais depuis 6 semaines, pendant une cure thermale, elle a augmenté assez rapide-

ment. Sa couleur est terne, avec une légère pigmentation en bordure. Sa surface est très finement irrégulière, non squameuse. Sa palpation donne l'impression d'une rénitence profonde sous une lame tissulaire de consistance ferme. Depuis quelques semaines, il y a un léger prurit. Pas de lésion analogue chez les parents du malade.

Les données de la palpation et la couleur de la lésion ne nous laissaient aucun doute sur sa nature hémolymphangiomateuse. Nous avions donné rendez-vous au malade en octobre pour la détruire par électrocoagulation. Mais, fin août, sans douleur, sans inflammation, le petit nodule s'est détaché de la profondeur d'abord par sa partie postérieure, puis par sa partie antérieure. Il est alors tombé, en laissant une tâche érythémateuse déprimée, non infiltrée, sans ourlet perlé, sans croûte. Il n'y a pour nous aucun doute que la petite tumeur s'est enflammée, que ses vaisseaux se sont thrombosés, et que la masse entière s'est ensuite éliminée.

DESCRIPTION CLINIQUE

D'après les observations que nous venons de rapporter, nous voyons que l'hémolymphangiome tubéreux du cuir chevelu présente un aspect très particulier qu'il est facile de caractériser.

C'est une petite tumeur sessile et arrondie, tantôt unique, tantôt multiple. Dans ce dernier cas les éléments qui la composent sont généralement de dimensions très inégales, légèrement dispersés ou bien juxtaposés sur une région quelconque du cuir chevelu. Notons cependant le siège temporal gauche des lymphangiomes des observations II et III; nous verrons ailleurs l'explication pathogénique donnée par Unna dans sa théorie des points de pression intra-utérins d'une prédilection qu'il a observée des naevi vasculaires pour la région antéro-latérale gauche du crâne.

Le volume de l'élément tumoral varie de la taille d'un pois ou même d'un grain de chanvre (Obs. II) à celui d'une grosse amande et au-delà (Obs. I).

La tubérosité fait une saillie plus ou moins considérable à la surface du cuir chevelu, mais sans jamais de pédiculisation. Un sillon sans bourrelet la sépare nettement de la zone avoisinante du cuir chevelu, qui est d'aspect normal.

Les contours en sont plus ou moins arrondis ou ovalaires, réguliers ou parfois légèrement bosselés par des sillons qui lui confèrent un aspect lobulé.

La coloration est variable, rosée ou blanchâtre, mais le plus souvent terne et grisâtre. Elle est parfois bleuâtre par endroits, et de fines télangiectasies peuvent être vues à la surface de la tumeur. La vitropression fait disparaître sa coloration, et il n'existe que rarement une légère pigmentation.

L'épiderme paraît généralement aminci; il offre un aspect finement chagriné, comme parsemé de rides minuscules.

Les cheveux sont très rares, sinon absents, à la surface de la tubérosité.

Mais, des différents signes que peut fournir l'examen clinique, c'est par la palpation que sont obtenus les plus caractéristiques et les plus constants. Elle fait éprouver une sensation de résistance et d'élasticité difficilement comparable. On a l'impression d'une rénitence profonde sous une lame de tissu ferme et condensé. La palpation ne réveille aucune douleur.

La tumeur n'est nullement réductible par la pression; les changements de position ou les efforts sont sans influence sur son volume ou sa coloration.

Le cuir chevelu qui l'entoure est parfaitement souple; elle ne repose jamais sur une base indurée. Elle est facilement mobilisable sur les plans profonds.

La piqûre ne provoque qu'un léger écoulement sanglant ou séro-sanglant, très vite tari, et jamais d'hémorragie ni de lymphorrhée.

Ces petites tumeurs n'occasionnent aucun trouble subjectif notable. On peut cependant noter l'existence d'un léger prurit, et parfois d'une certaine sensibilité aux chocs.

Mais leur découverte est le plus souvent fortuite, et l'examen attentif du cuir chevelu peut permettre parfois de déceler une de ces tumeurs malgré tout peu fréquentes. Notre maître, M. le Professeur agrégé Sézary, a pu ainsi, en dehors des cas publiés ci-dessus, en observer quelques-unes.

EVOLUTION. — Les lymphangiomes, comme les hémangiomes, existent le plus souvent dès la naissance, sinon leur apparition se fait avec le maximum de fréquence pendant les deux premières décades de la vie.

Mais c'est à l'âge adulte, ainsi qu'en témoigne la date d'apparition de la tumeur dans les observations que nous rapportons, que semblent apparaître les hémolymphangiomes tubéreux du cuir chevelu, bien que leur découverte souvent fortuite puisse faire supposer une existence antérieure plus ou moins longue.

Leur formation paraît absolument spontanée. On n'a pu déceler dans les cas que nous rapportons aucune des causes déclanchantes signalées dans certains cas, en particulier par Gougerot, à l'origine des naevi tardifs : infections graves, gelures, et surtout traumatismes. La tuberculose et la syphilis en particulier ne semblent pas devoir être prises en considération en tant que cause favorisant leur apparition.

Cette spontanéité qui est, nous l'avons vu, un signe

essentiel pour les différencier des lymphangiectasies, est également un argument en faveur de l'origine embryonnaire des lymphangiomes, dont le germe peut rester longtemps latent et ne se développer que tardivement, et parfois cependant sous une influence décelable.

Du moment où son existence est constatée, l'hémolymphangiome subit une croissance progressive, mais en général extrêmement lente.

Il est intéressant de noter, dans l'observation III, l'évolution particulière de la tumeur dont la guérison spontanée est survenue grâce à son détachement progressif. Il ne fait aucun doute que la thrombose des vaisseaux pénétrant dans la masse tumorale en a été la cause. Cette thrombose a été signalée dans le lymphangiome circonscrit, en particulier par Lewinski, Paetzold et Pollitzer.

La guérison spontanée d'un lymphangiome à l'occasion d'une infection locale a été signalée par Longin, dans la discussion d'un cas d'hémolymphangiome du menton.

D'ailleurs on a décrit assez souvent dans l'évolution des lymphangiomes l'existence de poussées inflammatoires intermittentes. Jadassohn parle d'érysipèles récidivants. Küttner a étudié l'origine de ces inflammations : infection directe ou par voie lymphatique.

On peut observer, en dehors de toute infection, la formation d'une ulcération. Milian a décrit un naevus hémolymphatique transformé en lymphangiome

ulcéreux. Dans le cas de l'observation II, l'examen histologique a montré l'existence d'une petite zone de nécrose épidermique, ébauche d'une ulcération spontanée, probablement due à la distension et à l'amin-cissement de l'épiderme.

Signalons enfin, comme complication possible, la dégénérescence maligne en angiosarcome, observée dans d'autres variétés de lymphangiome par Antonietti et Scharer, ainsi que Schwalbe.

INFLUENCE DU SEXE ET DE L'HÉRÉDITÉ. — Si les angiomes paraissent plus fréquents dans le sexe féminin que dans le sexe masculin (2 fois plus pour Wertheim; 3 fois plus pour Degrais et Belot, in thèse Foucauld), il ne semble pas que l'on puisse faire de semblable constatation pour les lymphangiomes. Brünauer trouve une égale répartition chez les deux sexes (sur 189 cas de divers auteurs: 96 hommes et 93 femmes). Et, bien que les éléments d'observation ne soient pas assez nombreux pour conclure sur ce point, il semble bien que le sexe n'ait pas plus d'influence sur la formation des hémolymphangiomes tubéreux du cuir chevelu.

Il semble, bien qu'il soit également difficile d'apprécier leur influence, que ce soit la même chose pour les facteurs héréditaires, auxquels Brünauer refuse à peu près toute importance dans l'apparition des lymphangiomes en général.

HISTOLOGIE

Les lésions siègent dans toute la hauteur du derme auquel elles sont strictement confinées et dont elles augmentent considérablement l'épaisseur. Il est presque entièrement occupé par des lacunes très rapprochées les unes des autres et repoussant vers la périphérie le tissu conjonctif des papilles dermiques.

L'épiderme, au-dessus des lacunes, peut être normal, mais il montre le plus souvent et dans toute son étendue des modifications passives dépendant des lésions du corps papillaire. Il est distendu et repoussé; il n'est pas détruit, mais atrophié; la couche basale peut manquer complètement, la couche de Malpighi n'étant plus représentée que par deux ou trois assises de cellules aplaties. Le stratum granulosum a disparu; les bourgeons interpapillaires sont effacés. Les ectasies vasculaires occupant uniformément toute l'étendue de la tumeur, il n'existe pas, comme dans les lymphangiomes circonscrits ordinaires, de zones où, entre les lacunes, l'épiderme montre de l'hyperplasie, avec acanthose, hyperkératose et parakératose. Il existe pourtant des observations de lymphangiomes (Fabry-Ziegenhein, Tryb) où l'acanthose et

L'hyperkératose peuvent être vues au-dessus des ectasies intra-dermiques et prouvent pour certains (Gans) l'existence d'une combinaison de malformations ectodermique et mésodermique embryonnaires.

Nous avons déjà noté l'existence possible et constatée dans le cas de l'observation I d'une zone de nécrose épidermique, ébauche d'ulcération spontanée.

Il existe toujours plus ou moins, dans la région superficielle du derme, une condensation du tissu conjonctif tassé par l'expansion de la tumeur et constituant une ébauche de capsule.

Les lacunes qu'on rencontre sur toute la hauteur du derme montrent des aspects divers et des dimensions variables. Les unes sont minuscules, d'autres atteignent la taille d'une grosse colonne interpapillaire. Les unes sont arrondies, mais la plupart sont allongées ou irrégulières, et certaines ont des expansions plus ou moins sinueuses.

On peut également voir des cavités biloculaires ou multiloculaires qui se produisent par raréfaction du tissu conjonctif entre les lacunes qui finissent par n'être plus séparées que par une petite cloison d'endothélium. Cette cloison peut même s'user; il reste alors les reliquats décrits par Török, qui sont en saillie dans la lumière des cavités.

La plupart des lacunes présentent des lumières étroites, vides de tout contenu. Mais certaines sont remplies d'une masse finement granulée et souvent disposée en recticulum, ne contenant que quelques éléments cellulaires, presque exclusivement des lym-

phocytes : c'est là de la lymphe coagulée. D'autres contiennent des amas de globules rouges. Un certain nombre de cavités montrent des hématies mêlées en quantité variable à de la lymphe; ceci provient vraisemblablement de la rupture de la cloison entre un capillaire sanguin élargi et un espace lymphatique.

Les lacunes montrent des conformations pariétales diverses qui permettent parfois de distinguer les ectasies intéressant les fentes lymphatiques et les capillaires lymphatiques embryonnaires de celles qui intéressent les capillaires sanguins.

La majorité des cavités, généralement étroites et vides, ont une lumière bordée d'un endothelium constitué par une seule assise cellulaire reposant directement sur le tissu conjonctif environnant. Ce sont des fentes lymphatiques très dilatées, que seule leur forme très irrégulière permet de différencier des ectasies de capillaires lymphatiques embryonnaires.

On trouve d'autres capillaires lymphatiques pourvus d'une paroi propre de fibres conjonctives et élastiques et possédant plusieurs couches endothéliales.

Mais les ectasies des capillaires sanguins embryonnaires ou des plus petits capillaires adultes ne diffèrent aucunement des ectasies des capillaires lymphatiques analogues, car ils ne possèdent pas plus qu'eux de paroi propre différenciée.

On peut observer cependant des ectasies possédant des parois composées d'une tunique de cellules conjonctives et élastiques avec cellules étoilées, et un endothelium simple ou à plusieurs couches de cellules,

et qui sont indubitablement des capillaires sanguins adultes.

Par conséquent, s'il existe des cavités lymphatiques remplies d'hématies provenant de l'effraction dans leur lumière d'un capillaire sanguin dilaté, seul processus admis par Unna et Friedheim, il existe aussi des ectasies qui sont vraiment des capillaires sanguins hyperplasiques, et on trouve là la preuve de la participation du système sanguin à l'hyperplasie naevogène.

L'endothelium des diverses lacunes est souvent turgescent, composé d'éléments cellulaires plus saillants, à noyau plus coloré et à protoplasma plus abondant que normalement. Ces cellules présentent souvent des noyaux en mitose. Un certain nombre d'auteurs, dont Török, Freudweiler, Brocq-Bernard, Hudelo, ont constaté en certains points sur leurs coupes, au niveau de l'endothelium, la présence d'amas de noyaux donnant des aspects de cellules géantes, que certains considèrent comme de l'endothelium dégénéré.

Il a été décrit également, en particulier par Török, Brocq et Bernard, Hueter, la formation d'espaces lymphatiques au sein même du tissu conjonctif, aux dépens d'amas de petites cellules qui se clivaient en limitant une étroite cavité centrale et s'aplatissaient pour former un revêtement endothélial. Mais l'existence de ce processus, décrit par Wegner sous le nom de néoplasie hétéroplasique, est niée par certains auteurs, en particulier Brünauer.

Dans certains lymphangiomes on peut remarquer

que de nombreuses ectasies communiquent entre elles et sont agglomérées en un véritable tissu caverneux, semblable au tissu érectile; dans d'autres existent de grandes cavités kystiques entièrement indépendantes. Ces aspects sont d'ailleurs décrits par Brünauer sous le nom de lymphangiomes caverneux et kystiques; mais ils ne se retrouvent pas sur les hémolymphangiomes tubéreux du cuir chevelu qui pourraient être cataloguées au point de vue histologique comme lymphangiomes simples capillaires.

Dans le tissu conjonctif plus ou moins dense qui entoure les lacunes lymphatiques on peut trouver comme dans tous les lymphangiomes des amas de cellules rondes de caractères particuliers. Par des colorations appropriées on peut déceler dans ces amas la présence d'un réticulum serré, extrêmement ténu, chaque interstice de ce réseau contenant des cellules. Ces cellules sont des éléments lymphoïdes à noyau volumineux et clair, ou plus petit mais fortement coloré. On trouve encore dans ces amas des plasmazellen, dont la présence serait pour Joannovic le résultat des excitations produites par les fermentations de décomposition cellulaire. Elles indiquent seulement, pour Sellei et Walter, une évolution progressive et de nature inflammatoire. Certains auteurs, en particulier Brünauer, y ont également vu des cellules à protoplasma légèrement basophile, à noyau central assez grand, pourvu de corpuscules nucléaires très nets, et qu'ils considèrent comme des lymphoblastes.

Enfin, ces amas de cellules rondes affectent le plus

souvent avec les cavités lymphatiques des rapports parfois très intimes, l'amas cellulaire pouvant s'invaginer dans la lumière vasculaire qui évoque ainsi l'aspect d'un sinus de ganglion lymphatique. D'ailleurs, pour Brünauer, l'analogie de ces images avec des coupes d'un ganglion lymphatique traitées de la même façon est complète.

La présence de ces amas de cellules à structure folliculaire, que Weichselbaum a été le premier à décrire, peut donc faire conclure, avec Sick, à une néoformation de tissu lymphoïde, preuve et conséquence de la dysembryoplasie qui à la base de la genèse des lymphangiomes.

Il est parfois possible de voir dans ces infiltrats d'assez nombreux fibroblastes. Par ailleurs, les fibres conjonctives peuvent présenter, autour des lacunes, comme dans l'observation I, une densité et une abondance particulières, faisant parler de fibrolymphangiome.

Plusieurs auteurs allemands notent dans quelques observations d'hypertrophie assez importante des fibres musculaires lisses. On a même pu constater (Cailliau) le développement d'une léiomyome aux dépens de ce seul élément tissulaire d'un lymphangiome.

Ces faits viennent à l'appui de la conception de l'origine embryonnaire des hémolymphangiomes, véritables dysembryomes bénins, dans lesquels une partie des tissus fondamentaux de l'organisme peut être représentée.

DIAGNOSTIC

L'aspect extérieur des hémolymphangiomes tubéreux du cuir chevelu est, nous l'avons vu, assez particulier et constant pour que le diagnostic en soit aisé pour celui qui en a déjà observé un.

On pourrait cependant discuter les diagnostics de sarcome ou de naevo-carcinome, ou bien d'épithélioma baso-cellulaire, en particulier de cylindrome.

Mais l'existence du signe très caractéristique qu'est la sensation spéciale de rénitence profonde sous une lame de tissu ferme fait qu'on ne peut guère envisager d'autre diagnostic que celui d'hémolymphangiome.

L'observation que nous allons rapporter et à laquelle nous avons déjà fait allusion montre cependant une erreur de diagnostic commise avec un épithélioma baso-cellulaire à tendance cylindromateuse. Mais nous verrons aussi les particularités histologiques qui permettent d'expliquer cette identité d'aspect clinique avec l'hémolymphangiome.

OBSERVATION IV. — Voir: SÉZARY ET CORMELIÉ (*Société de dermatologie*, séance du 14 juin 1934.)

Mme R..., âgée de 48 ans, nous consulte le 11 mai 1934 pour une petite tumeur du cuir chevelu siégeant

dans la région temporale droite, à un centimètre en arrière de la bordure des cheveux, à 4 centimètres au-dessus d'une ligne transversale passant par la commissure palpébrale.

La malade s'est aperçue de l'existence de cette tumeur il y a quatre ans. Il n'y avait eu auparavant aucun naevus à cet endroit, et la petite masse ne s'est guère développée depuis 4 ans.

La tumeur, ovale, mesure 11 millimètres de long, 8 de large et 5 de haut. Elle a le volume d'un pois. Non pédiculée, elle est entourée, autour de son point d'implantation, par un sillon sans bourrelet net. La peau qui l'environne est normale.

Sa surface n'est pas régulière. Elle présente des sillons et des creux qui lui donnent un aspect cérébri-forme. Sa couleur est rosée, mais par endroit gris bleuâtre, surtout au centre. On aperçoit quelques fines télangiectasies superficielles. L'épiderme qui la recouvre est lisse et se laisse plisser finement. Il n'en émerge aucun cheveu.

A la palpation, on éprouve une sensation de rémittence, comme en donnent les cavités vasculaires des angiomes. Il n'y a pas d'adénopathie préauriculaire.

La lésion n'est sensible qu'au contact brutal du peigne ou quand la malade, couchée, appuie sa tête sur la région temporale droite.

L'aspect de cette tumeur, son évolution lente et surtout la sensation de rémittence donnée par la palpation nous ont laissé croire qu'il s'agissait d'un hémolymphangiome.

La tumeur a été enlevée au bistouri diathermique par M. Ducourtioux et examinée au microscope par M. Lévy-Coblentz.

L'épiderme est simplement aminci par la disten-

sion qu'il subit du fait de la présence d'une tumeur sous-jacente. Celle-ci n'arrive cependant nulle part à son contact. Elle en reste séparée par une bandelette collagène riche en cellules conjonctives fixes, contenant d'assez nombreux capillaires sanguins et lymphatiques énormément dilatés, vraiment ectasiques. Il n'y a pas de follicules pileux reconnaissables.

Le derme est occupé dans toute sa hauteur par un epithelioma baso-cellulaire, formé de lobules de dimensions variables, mais ayant tous une structure identique: colonnes cellulaires séparées par un stroma conjonctif imprégné de mucus (coloration au muci-carmin). Cet epithelioma a donc une tendance à évoluer vers le cylindrome.

L'analogie clinique entre cette tumeur et les hémolymphangiomes est donc très grande: même aspect, même rénitence à la palpation. Et ce qui est intéressant, c'est qu'à ce même aspect clinique correspond une structure histologique semblable de la zone superficielle de la tumeur, constituée ici par une lame conjonctive contenant des ectasies vasculaires. Mais, tandis que ces lésions, auxquelles sont dues la sensation de rénitence, sont dans l'hémolympangiome la conséquence du processus dysplasique, dans ce cas, ces ectasies de capillaires sanguins et lymphatiques paraissent être consécutives à la compression des vaisseaux par la tumeur. Il semble, en effet, peu vraisemblable de supposer chez cette malade la coexistence d'un epithelioma et d'un lymphangiome.

Remarquons qu'une semblable erreur de diagnostic devrait être *a priori* écartée, même en l'absence de

tout examen histologique, dans un cas semblable à celui de l'observation III, cette guérison spontanée constituant évidemment un phénomène impossible à constater dans l'évolution d'un epithelioma.

ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE

Nous abordons ici une question fort discutée, surtout dans les premiers travaux sur les lymphangiomes. L'état actuel de nos connaissances ne permet d'ailleurs pas de lui donner une solution complète ni entièrement satisfaisante.

Cependant, l'opinion qui semble actuellement établie est celle qui place à la base du processus de formation des lymphangiomes un bourgeonnement primaire, une néoformation d'endothélium conditionnée, d'après la théorie généralement admise de Ribbert, par l'existence d'un germe de tissu conjonctif et lymphatique embryonnaire, devenu indépendant et dans lequel, d'ailleurs, tous les éléments tissulaires qu'il contient peuvent participer à un degré variable à son développement.

Citons seulement pour mémoire la théorie de certains auteurs allemands qui considéreraient les lymphangiomes comme des tumeurs du tissu conjonctif dans lesquelles la rétraction en faisceaux de ce tissu conditionnerait mécaniquement les ectasies vasculaires.

Pour expliquer la prolifération vasculaire, Wegner

envisageait trois processus : ectasie de vaisseaux pré-existants avec hyperplasie de leur paroi; bourgeonnement de l'endothélium vasculaire avec formation de nouveaux vaisseaux (néoplasie homéoplasique); formation d'un tissu de granulation au sein du tissu conjonctif et transformation de celui-ci en espaces lymphatiques (néoplasie hétéroplasique). Le premier de ces processus entre en jeu sans aucun doute dans la formation des lymphangiomes, mais d'une façon accessoire, et rien ne permet de le différencier de ce qui se passe dans une simple lymphangiectasie. L'existence de la néoplasie hétéroplasique est niée, nous l'avons vu, par certains auteurs. La néoplasie homéoplasique reste le processus le plus important, signifiant: prolifération de capillaires nés du tissu lymphoïde embryonnaire.

Nous avons vu, en étudiant leur structure histologique, que l'argument essentiel en faveur de cette origine embryonnaire des hémolymphangiomes est constitué par l'existence d'amas de cellules lymphoïdes à structure folliculaire.

A cause de l'absence de rapports avec les vaisseaux sanguins, de la présence à leur centre de cellules épithélioïdes pouvant être considérées pour certains comme des lymphoblastes, et aussi de la présence d'un fin reticulum dans ces amas cellulaires, Sick voit en eux une néoformation de tissu lymphadénoïde qui se présente comme un phénomène partiel de la néoformation totale de la tumeur.

En effet, pour étayer cette conception de l'origine

embryonnaire de ces lésions, on peut invoquer aussi, nous l'avons vu, la présence souvent décrite de faisceaux de fibres lisses assez abondants au-dessous des lacunes lymphatiques.

Ceci est également vrai pour l'hypertrophie du tissu conjonctif lorsqu'elle existe. On a pu observer à ce même propos la présence d'îlots de cartilage (Ritschl, Cailliau), une hypertrophie des glandes sudoripares (Stokes, Tryb).

« Ce noyau, dit Ribbert en parlant du germe lymphangiomateux, croît isolément et les éléments qui le constituent se développent parallèlement, ainsi les nodules lymphatiques et les muscles lisses ».

Si l'origine des hémolymphangiomes dans un noyau de cellules embryonnaires exclu de ses connexions et pouvant n'entrer en prolifération que beaucoup plus tard est généralement admise, la cause de cette exclusion et de cette prolifération nous échappe totalement.

Nous citerons pour mémoire la théorie de Unna sur la genèse des naevi vasculaires siégeant au niveau du crâne par la pression exercée en certains points pendant la vie fœtale par les parties osseuses du bassin maternel, en particulier le promontoire. La localisation fréquente qu'il aurait observée au côté gauche du crâne s'expliquerait par sa position obstétricale la plus fréquente.

Nous avons également noté en passant la théorie de Virchow sur les lymphangiomes fissuraux, siégeant sur le territoire des fentes branchiales embryonnaires,

régions tourmentées dans leur évolution, donc sujettes aux malformations.

Notons encore les influences diverses, telles que celles des traumatismes, et celles de processus inflammatoires divers, dont la tuberculose et la syphilis, qui ont été parfois invoquées dans la genèse des lymphangiomes. Ces facteurs, lorsqu'ils existent, ne peuvent en tous cas jouer que comme causes déclanchantes sur une prédisposition congénitale. Peut-être seulement, pourrait-on invoquer la syphilis héréditaire, en tant que facteur fréquent de dysplasie, à la base de cette dysembryoplasie.

Il existe enfin un dernier facteur auquel les travaux anciens attachaient une importance étiologique : c'est la stase lymphatique et veineuse. Et certains travaux modernes, en particulier ceux de Sick, Borst et Brünauer, ne lui nient pas non plus toute influence, bien qu'accessoire. Elle a pu être constatée dans les vaisseaux sous-jacents aux lésions lymphangiomateuses ; et la stase lymphatique pourrait être due, pour Schnabel, à la concentration aux endroits étroits de l'appareil lymphatique des fragments d'endothélium dégénéré dont on a pu constater parfois l'existence. Cette stase exercerait une influence excitatrice adjuvante sur la prolifération de l'endothélium.

THÉRAPEUTIQUE

Nous serons brefs sur ce point, qui présente cependant un intérêt certain pour l'hémolymphangiome tubéreux du cuir chevelu.

En effet, s'il s'agit d'une tumeur bénigne et ne créant que fort peu de troubles fonctionnels, elle constitue une dermatose inesthétique qu'il est parfois difficile de dissimuler, son siège pouvant être tout proche de la limite du cuir chevelu.

D'autre part, l'erreur de diagnostic dont nous avons parlé avec un epithelioma reste toujours possible à commettre, et cela suffirait à justifier le traitement.

Mais si les méthodes de traitement proposées pour les lymphangiomes sont variées, la plupart ne nous semblent pas convenir pour cette forme particulière.

Notons seulement pour mémoire les injections modificatrices proposées par certains auteurs: formol à 1 %, chlorure de zinc à 3 %, alcool absolu, teinture d'iode, eau bouillante, etc... Ces méthodes ne sont pas toujours sans danger et ne présentent guère qu'un intérêt historique.

Le thermocautère et la neige carbonique ont été parfois employés.

La radiothérapie et la curiethérapie paraissent être les traitements de choix pour les lymphangiomes étendus ou profonds dont l'extirpation complète est souvent impossible à envisager.

Pour la forme tubéreuse du cuir chevelu, l'extirpation est au contraire simple et aisément complète, étant donné le petit volume et la délimitation nette des tumeurs. Pour cette ablation, le simple bistouri doit céder le pas à l'électrocoagulation, au bistouri diathermique permettant de réaliser facilement une hémostase parfaite, ce qui pourrait être difficile autrement dans cette région des téguments.

Il n'y a pas à observer de récurrence, l'extirpation totale de la tumeur étant facile à assurer.

CONCLUSIONS

L'hémolymphangiome tubéreux du cuir chevelu est une petite tumeur bénigne nettement circonscrite, à un ou plusieurs éléments, apparaissant généralement à l'âge adulte et ne s'accompagnant que de troubles fonctionnels minimes ou même négligeables.

Son aspect et sa consistance permettent de le reconnaître facilement. Il est cependant possible d'observer des épithéliomas empruntant un aspect et une consistance identiques, par suite de dilatations vasculaires dues à la compression des vaisseaux superficiels par la tumeur.

Sa structure est celle d'un lymphangiome simple circonscrit avec participation plus ou moins considérable du système capillaire sanguin, et sans tendance à l'évolution vers un aspect caverneux ou kystique. Les lésions sont confinées strictement à l'épaisseur du derme.

L'examen histologique permet d'y reconnaître les amas de tissu lymphoïde à structure folliculaire ca-

ractéristiques des lymphangiomes, et ceci permet de rattacher son développement à la prolifération d'un reliquat embryonnaire de tissu lymphoïde.

On peut donc considérer cet hémolymphangiome tubéreux comme un naevus vasculaire à apparition tardive, et le rapprocher ainsi des diverses dysembryoplasies bénignes naevoïdes que l'on peut observer sur le cuir chevelu, et qui peuvent être kystiques, adénomateuses, fibromateuses, pigmentaires ou vasculaires.

Le seul traitement toujours justifié que l'on puisse lui appliquer est l'ablation chirurgicale, pour laquelle l'électrocoagulation est la méthode de choix.

Vu : LE DOYEN :

G. ROUSSY.

Vu : LE PRÉSIDENT DE THÈSE :

G. GOUGEROT.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

S. CHARLETY.

BIBLIOGRAPHIE

- AUDRY. — Nodule sous-cutané à structure de naevus artériel léiomyomateux. *Soc. de Dermat. et Syph.*, 12 février 1931.
- BESNIER ET DOYON. — Note in Trad. des Maladies de la peau de Kaposi. 1891, II, p. 366.
- BORST. — Die Lehre von den Geschwülsten. Wiesbaden, 1902. Lymphangiome, Bdg. 1, S. 192.
- BROCQ ET BERNARD. — Etude sur le lymphangiome circonscrit de la peau et des muqueuses. *Ann. de Dermato.* T. IX, 1898, p. 305.
- BRÜNAUER. — Zur Histogenese der Lymphangiom circumscriptum cutis. *Arch. für Dermat.*, janvier 1923.
- BRÜNAUER. — Lymphangiom; in Jadassohn : Handbuch der Haut und Geschlechtskrankheiten. XII/2. Geschwülste der Haut.
- CHIPAULT. — Varices lymphatiques et lymphangiome. *Gaz. des Hôpitaux*, 15 décembre 1899.
- DARIER. — Précis de dermatologie.
- ELLIOTT. — *N. Y. Medical Record*, may 1891.
- FABRY-ZIEGENBEIN. — Über zwei Falle von Lymphangiokeratoma circumscriptum naeviforme. *Dermat. Wochenschrift.* 72, n° 3. 53-57.
- FOX, TILBURY and COLCOTT. — Lymphangiectodes. *Path. Soc. Transactions.* Vol. XXX, p. 470, 1879.

- FOUCAULD. — La curiethérapie des angiomes. *Thèse*, Paris, 1930.
- FREUDWEILER. — Lymphangioma circumscriptum cystoïdes cutis. *Arch. für Dermat.*, 41, 323.
- FRIEDHEIM. — Über das Haemolymphangiom der Zunge. *Dermat. Wochschrft*, 9 mai 1931. XCII, n° 19, p. 717.
- GANS. — Histologie der Hautkrankheiten. Berlin, Julius Springer, 1928.
- GOUGEROT. — Naevi tardifs: le terrain naevique, les causes occasionnelles. *Paris-Médical*, 31 août 1918, p. 174.
- GOUGEROT. — Naevi tardifs post-infectieux. *Journal des Praticiens*, 5 oct. 1929.
- HAMEL. — *Thèse*, Paris, 1928.
- HARTZELL. — Lymphangioma circumscriptum. *The Medical News*, janv. 1892.
- HUDELO ET PICARD. — *Soc. de Dermat.*, 10 février 1921.
- HUDELO ET CAILLIAU. — Structure histologique d'un cas d'hémato-lymphangiome. *Soc. de Dermat.*, 10 mars 1921.
- HUTCHINSON. — *Path. Soc. Transact.*, vol. XXXI, 1880.
- JADASSOHN. — *Schles. dermat. Ges.*, 6 février 1926.
- JAMIESON. — *Edimburg med. journ.*, 1890, p. 269.
- KAPOSI. — *Path. des mal. de la peau*. Trad. Besnier et Doyon, 1891, II, p. 365.
- KÖBNER. — *Ann. de Dermat.*, 1884, p. 293.
- KÜTTNER. — Über die intermittierende Entzündung der Lymphangiome. *Beitr. Klin Chir.* 18, 798.
- KYRLE. — *Vorlesungen über Histobiologie der menschlichen Haut und ihrer Erkrankungen*. Berlin, Julius Springer, 1925. S. 262-272.
- MALCOLM MORRIS. — Lymphangioma circumscriptum

*Atlas international des maladies rares
de la peau, n° 1, 1889.*

- MULIAN. — Naevus hémolymphatique transformé en lymphangiome ulcéreux. — *Soc. de Dermat.*, 8 janvier 1920.
- NASSE. — Uber lymphangiom. *Arch. Klin. Chir.* 38, 614 (1889).
- NICOLAS-MASSIA-MICHEL. — Hémolymphangiome de la région mentonnière. *Soc. de Dermat. R. de Lyon*, 19 déc. 1929.
- NOYES-TÖRÖK. — Lymphangioma capillare varicosum. Monatshefte für prakt. Dermat. XI, p. 51, 1890.
- POSPELOW. — Lymphangioma tuberosum cutis multiplex. Vierteljahresch. für Dermat. und Syph. 1879, VI, p. 521.
- REDER. — Fibro-angioma of the scalp.
The surg. clin. of North Am. (St. Louis), oct. 1925, vol. 5, n° 5.
- RIBBERT. — Über Bau, Wachstum und Genese der Angiome Virchows Arch. 151, 381.
- RIBBERT. — Geschwulst lehre. S. 181, Bonn, 1904.
- ROBERTS. — Five cases of lymphangioma. *Brit. journ. of dermat.*, 1896, 309.
- SCHWALBE. — Ein Fall von Lymphosarkom, hervorgegangen aus einem Lymphangiome. *Virchows Arch.*, 149, 451.
- SCHMIDT. — Beiträge zur Kenntniss der Lymphangiome. *Arch. für Dermat.* 1890, p. 529.
- SÉZARY ET BENOIST. — *Société de Dermat.*, 10 février 1927.
- SÉZARY ET HOROWITZ. — *Société de Dermat.*, 9 novembre 1933.
- SICK. — Beitrag zur Lehre vom Bau und Wachstum

der Lymphangiome.

Virchows Arch., 170, 9 (1902).

SICK. — Uber Lymphangiome. Virchows Arch., 172, 445 (1903).

SMEDT ET BOCK. — Contribution à l'étude du lymph. circonscrit. — *Journ. de la Soc. roy. des Sciences nat. et méd.*, Bruxelles, 1891.

STOKES. — Lymphang. and haemang. naevus. *Arch. of dermat.* 8, n° 2, 186-192.

TÖRÖK. — Uber die Kapillaren Lymphangiome der Haut. Monatshefte für prak. Derm. XIV, 1892, p. 169.

TRYB. — Lymphangiome der Haut. *Arch. für Dermat.* 158, 468 (1929).

UNNA. — Histopathologie der Hautkrankheiten, 1894.

VAN HARLINGEN. — Diseases of the Skin, 1888, p. 504.

VIGNE. — A propos de la structure d'un cas d'hématolymphangiome. *Soc. de Dermat.*, 7 juillet 1924.

VIRCHOW. — Die Krankhaften Geschwülste Bd. 3, S. 487, 1864.

WEGNER. — Uber Lymphangiome. *Arch. Klin chir.* 20, 461 (1876).

WERTHEIM. — Ha; mangiome in Jadassohn: Handbuch der Haut und Geschlechtskrankheiten. XII/2. Geschwülste der Haut.

WORTBERG. — Uber Kongenitale Lymphangiome. *Arch. für Dermat.*, 152, p. 329-336 (1926).

Imprimerie spéciale de la Librairie Le François,
91, boul. Saint-Germain, Paris-6°
